PROPOSITIONS

N° 282.

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 novembre 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CHARLES-GABRIEL BOUCHOT-PLAINCHANT, de Decize,

Département de la Nièvre ;

Interne des hôpitaux civils de Paris ; Membre de la Société anatomique de la même ville.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	DE JUSSIEU.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. RÉCAMIER. CHOMEL, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Agrégés en exercice.

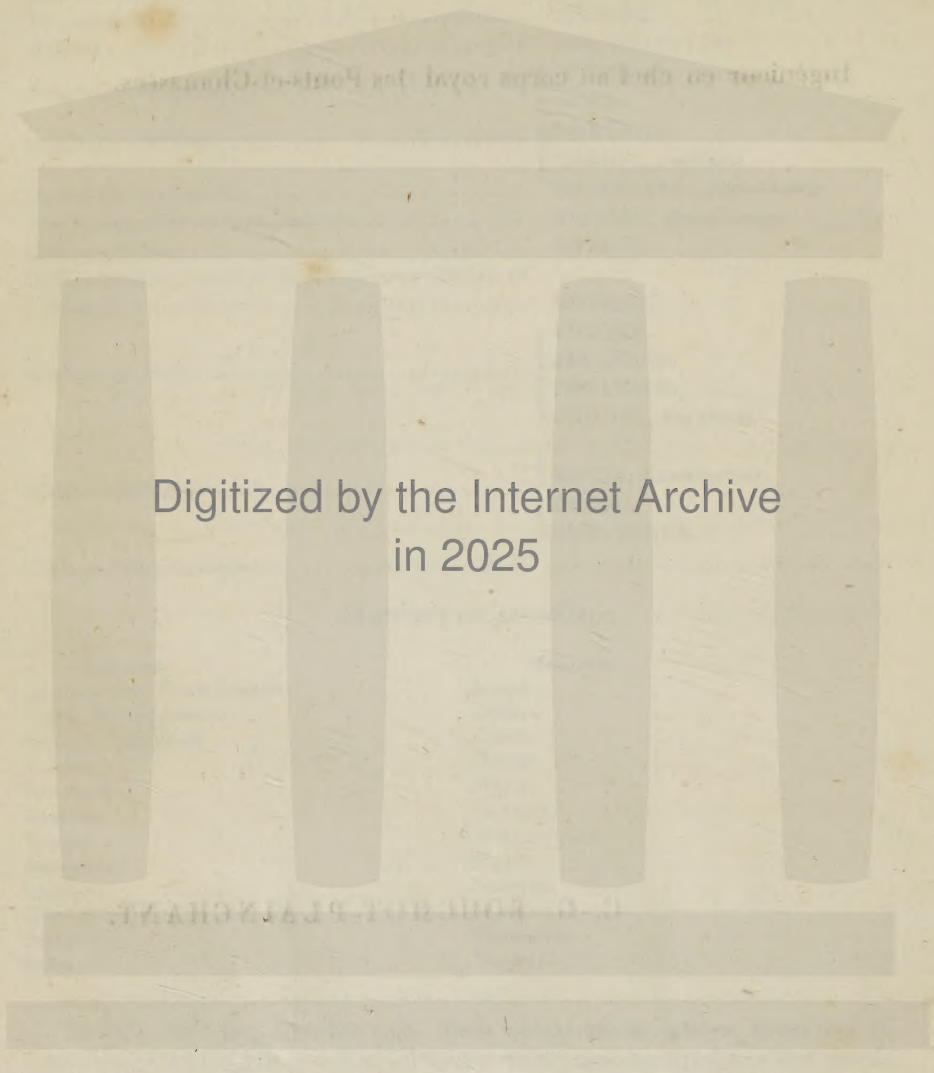
Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Examinateur.*	Dubled.
Bayle, *Examinateur.*	Dubois.
Berard, *Suppléant.*	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Ingénieur en chef au corps royal des Ponts-et-Chaussées.

C.-G. BOUCHOT-PLAINCHANT.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/medecineetdechir0009char

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I.

Les malades affectés de l'inflammation chronique, ou d'une altération de tissu d'un organe, ne succombent point toujours à l'affaiblissement progressif de l'organisme; très-souvent, dans le cours de la maladie, une phlegmasie aiguë se développe brusquement dans une autre partie, sans cause extérieure appréciable, et vient abréger les jours du patient.

II.

Ces phlegmasies aiguës intercurrentes paraissent affecter de préférence les membranes séreuses; cependant il n'est point rare non plus de voir la membrane muqueuse gastro-intestinale en devenir le siége, et même quelques organes parenchymateux, notamment le poumon.

III.

Des symptômes bien tranchés n'annoncent point toujours l'existence de ces phlegmasies, les malades n'éprouvent quelquefois qu'une douleur locale plus ou moins forte, ainsi qu'une augmentation de l'état de gêne habituel dans lequel ils se trouvent depuis long-temps.

IV.

La marche de ces phlegmasies est très-rapide; l'excès de l'inflammation détruit en peu de temps ce qui reste de forces aux malades, et les entraîne rapidement au tombeau : leur prognostic est toujours essentiellement fâcheux.

V.

Les lésions anatomiques sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans les cas ordinaires; il est même étonnant que chez des sujets qui sont malades depuis long-temps, et chez lesquels l'hématose n'a pu se faire que très-imparfaitement, l'inflammation sévisse avec tant de violence.

VI.

Dans le traitement de ces inflammations, il faut être bien réservé sur l'emploi des émissions sanguines, autrement on ne ferait que hâter la mort des malades; quelques sangsues appliquées sur le point douloureux doivent suffir. Les révulsifs externes, les applications émollientes, les préparations adoucissantes et calmantes à l'intérieur sont convenables.

Ire. OBSERVATION.

Marie Dubois, âgée de trente-deux ans, entra le 20 juin 1830 à l'hôpital Cochin ; elle présenta les symptômes suivans :

Toux depuis plusieurs mois, diarrhée presque continuelle, amaigrissement considérable, peau très-pâle, pouls constamment fréquent et peu développé, légers redoublemens le soir et pendant la nuit, expectoration d'une matière mucoso-purulente. L'auscultation fit découvrir une caverne dans le sommet du poumon droit. (Boissons gommeuses, loochs.)

Ces moyens et le régime doux auquel la malade fut soumise calmèrent un peu ces symptômes.

Vers le 15 juillet, commencement d'infiltration ; diarrhée persistant toujours, sans coliques. (Un scrupule de diascordium chaque soir.) Ce médicament produit quelque soulagement.

Le 23 juillet, dans la matinée, douleur vive dans l'abdomen, plus forte le soir; ventre tendu, ballonné et douloureux à la pression ; pouls très-fréquent et petit ; peau très-pâle; envies de vomir; *facies* exprimant l'anxiété. L'état du pouls ne permit pas d'avoir recours même aux sangsues, on se contenta d'appliquer sur le ventre un cataplasme émollient fortement laudanisé, et des sinapismes mitigés aux pieds. Mort dans la nuit.

Autopsie. — *Poitrine.* Poumons farcis de tubercules à divers degrés; sommet du poumon droit creusé par une caverne pouvant contenir une pomme d'api.

Abdomen. Cavité péritonéale remplie d'un liquide séro-purulent, dans lequel nagent quelques flocons de fausses membranes peu consistantes; ulcérations occupant le quart inférieur de l'iléon et le gros intestin. Le tube digestif fut examiné avec le plus grand soin dans toute sa totalité, et aucune trace de perforation ne fut remarquée; les ganglions mésentériques étaient un peu volumineux, leur tissu dense et légèrement rouge.

II^e. OBSERVATION.

Une jeune femme de vingt-quatre ans entra vers le milieu du mois de juin à l'hôpital Cochin ; elle présenta les symptômes suivans :

Toux fréquente depuis plusieurs mois, diarrhée, fièvre hectique, sueurs copieuses pendant la nuit, extrémités inférieures œdématiées, respiration s'entendant à peine à droite, gargouillement dans divers points. A gauche, respiration plus distincte. Du reste, les circonstances commémoratives, non plus que les symptômes actuels, n'indiquaient l'existence d'un épanchement de ce côté, lorsque, le 6 juillet, douleur dans le côté gauche, respiration plus gênée, augmentation dans la fréquence du pouls. (Douze sangsues sur le point douloureux, cataplasme émollient.)

Le 7, pas d'amélioration, matité du côté gauche. (Vésicatoire sur ce côté.)

Mort le 7 dans la journée.

Autopsie. Épanchement de sérosité purulente dans la cavité pleurale gauche ; fausses membranes de consistance gélatineuse ; quelques tubercules miliaires, rares dans le poumon, dont le tissu, un peu flasque, est peu crépitant.

Poumon droit rempli de tubercules miliaires dans son lobe inférieur. Dans le lobe supérieur le tissu pulmonaire est induré, et présente dans divers points un tissu dur et coloré comme certains granits; il est creusé par une multitude de petites cavernes, une plus considérable est creusée dans l'épaisseur du lobe moyen.

Foie volumineux, ramolli, gorgé de sang; rate molle, ses aréoles sont remplies d'une matière rougeâtre de la consistance de la bouillie et collant après les doigts.

Quelques ulcérations vers la partie inférieure de l'intestin grêle.

Dans ces deux premières observations, il n'y avait ni perforation stomaco-intestinale, ni communication de la cavité pleurale avec les bronches, circonstances qui arrivent dans les mêmes maladies du

poumon et de la muqueuse gastro-intestinale, et qui, étant bientôt suivies d'épanchement, déterminent promptement, par suite de cette cause matérielle et bien évidente, une péritonite très-aiguë ou une pleurite qui l'est un peu moins, à cause de la qualité moins irritante du liquide venant des bronches et des cavités tuberculeuses du poumon.

III^e^. OBSERVATION.

Pierre Legros, âgé de cinquante-deux ans, cordonnier, entra le 5 juillet à l'hôpital Cochin. Il avait eu, disait-il, il y a huit mois, *une fluxion de poitrine du côté droit;* depuis ce temps malaise habituel, toux continuelle, amaigrissement; maintenant état voisin du marasme, teint jaunâtre de la peau, expectoration catarrhale, douleur dans le côté gauche de la poitrine, augmentant par la pression et paraissant siéger dans les muscles; pouls fréquent, peu développé.

L'auscultation donne les renseignemens suivans: respiration bonne dans le côté gauche.

A droite elle s'entend moins bien; râle sous-crépitant en bas et en arrière, et en avant et en haut jusqu'à trois pouces au-dessous de la clavicule.

Son clair à gauche, un peu mat à droite. (Quinze sangues sur le point douloureux, gomme, looch, cataplasme émollient sur le côté.)

Le 5, douleur du côté gauche presque nulle, mais toujours oppression. (Vésicatoire sur le côté droit.)

Jusqu'au 9 rien de remarquable, si ce n'est un peu de soulagement que le malade semble éprouver; mais dans la journée, et presque tout à coup, respiration plus gênée, pouls plus fréquent et peu développé, agitation très-grande du malade, qui ne se trouve bien qu'assis sur son lit; région du cœur indolente; l'auscultation n'apprend rien de nouveau. (Quatre ventouses sèches sur le côté droit, sinapismes aux pieds.)

Le 10, augmentation des symptômes, anxiété très-grande, pâleur de la face, qui exprime l'angoisse; léger délire, son mat dans la région du cœur, expectoration très-difficile.

L'état d'émaciation dans lequel se trouve cet individu fait qu'on ne lui tire point de sang. (Un vésicatoire sur la région du cœur, sinapismes aux pieds, looch kermétisé.)

Mort le 11 dans la journée.

Autopsie. — Poitrine. A droite, fausses membranes très-épaisses unissant dans certains points le poumon à la plèvre costale, un peu de sérosité dans leurs intervalles; tissu du poumon flasque, mais assez perméable; poumon gauche fortement engoué; quelques adhérences entre les plèvres costale et pulmonaire.

Face interne des bronches et de leurs ramifications d'un rouge pâle; elles contiennent une mucosité purulente.

Péricarde plein d'une sérosité trouble, de couleur citrine; fausses membranes villeuses étendues à toute la surface du cœur; on les en détache par petits lambeaux.

VII.

Quelques individus affectés de gastrite chronique succombent quelquelquefois très-promptement à la suite du brusque développement de symptômes cérébraux; lorsqu'on ouvre les cadavres, loin de trouver des traces de méningite ou d'encéphalite, les membranes et la substance cérébrale sont plus pâles que dans l'état normal. La mort, dans ce cas, dépendrait-elle de ce qu'à la suite d'une maladie d'aussi long cours le système nerveux chez ces individus contiendrait moins de sang qu'il ne lui en faudrait pour remplir ses fonctions?

VIII.

Chez d'autres sujets affectés de la même maladie, celle-ci vient-elle par hasard à passer à l'état aigu, on observe quelquefois les

mêmes phénomènes nerveux suivis dans quelques cas d'une mort rapide, et l'autopsie ne fait découvrir que peu ou point d'altérations du cerveau et de ses membranes. Voilà cependant des phénomènes analogues, et qui arrivent dans des circonstances bien différentes. Que conclure de là, si ce n'est que des symptômes identiques peuvent être le résultat de causes essentiellement opposées. En effet, dans le cas actuel, il est probable que les accidens nerveux sont dus à l'irritation des organes encéphaliques, produite par une réaction de la gastrite chronique exaspérée, par conséquent les émissions sanguines pourraient convenir ici, tandis qu'elles seraient plus nuisibles qu'utiles dans les cas de la première espèce.

OBSERVATION.

Une femme, âgée d vingt-trois ans, entra le 14 mai 1830 à l'hôpital Cochin. Depuis un an digestions difficiles, douleurs dans la région épigastrique, pas de vomissemens. Quelques sangsues appliquées à l'épigastre, et un mois de séjour à la campagne, où elle ne vécut que de laitage, calmèrent ces accidens; mais quelques temps après être revenue à Paris, retour des douleurs d'estomac, vomissemens; alors vésicatoire sur l'épigastre, qui procure quelque soulagement de peu de durée. Depuis un mois, et surtout depuis huit jours qu'un médecin a prescrit un émétique, vomissemens presque continuels. Maintenant une cuillerée de boisson peut à peine être gardée; altération très-grande, langue rouge et sèche, pouls fréquent. (Gomme éd. *bis*, eau gazeuse; quinze sangsues sur l'épigastre, cat. émoll.; diète absolue.)

Le 15, continuation des vomissemens, langue rouge et moins sèche. (Glace appliquée sur l'estomac; eau glacée pour boisson.)

Le 17, l'eau glacée passe bien; deux vomissemens pendant la journée; pouls peu fréquent; découragement de la malade, elle dit qu'elle mourra bientôt.

Le 19, à la visite du matin, la physionomie de la malade paraît

singulière; yeux fixes et tournés en haut, de temps en temps mouvemens convulsifs épileptiformes, réponses justes, légère céphalalgie; pouls lent et médiocrement développé. (Quatre sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds.)

Le 20, mêmes symptômes; de plus, figure hébêtée, perte de connaissance, mouvemens convulsifs dans les bras et les jambes, soubresauts dans les tendons, sensibilité normale, strabisme. (Deux demi-lavemens contenant chacun assa-fœtida, et valériane āā g. xxiv; douze sangsues aux mastoïdes, deux vésicatoires aux cuisses.)

Mort le 20 dans la nuit.

(Depuis l'invasion des symptômes nerveux jusqu'à la mort il n'y a plus eu de vomissemens.)

Autopsie. Estomac énormément dilaté, et cependant orifices cardiaque et pilorique libres, membrane muqueuse épaissie et moins consistante que dans l'état normal. Elle était pointillée de rouge dans une grande étendue; dans d'autres points, elle avait une couleur brune ardoisée.

Les membranes du cerveau ainsi que cet organe sont dans un état parfait d'intégrité; la moelle épinière est également très-saine.

IX.

Beaucoup de vomissemens chroniques ne reconnaissent pour cause aucune lésion appréciable de l'estomac; il est probable que cette cause gît dans le système nerveux. Divers moyens empiriques, tels que l'application de la glace sur l'épigastre ou de quelques moxas sur cette région réussissent quelquefois à guérir cette maladie; mais assez souvent tous les secours de l'art sont infructueux, les malades succombent d'épuisement, car ils ne peuvent prendre aucune nourriture, et l'anatomie pathologique ne découvre aucune lésion organique.

X.

Chez les vieillards, les symptômes de la fièvre dite *adynamique* dépendent le plus souvent d'une inflammation des poumons, tandis que chez les jeunes gens les mêmes symptômes sont le plus ordinairement l'expression de l'inflammation des voies digestives.

XI.

L'état de sécheresse de la langue, l'enduit noirâtre qui la recouvre quelquefois, ainsi que les dents, n'indiquent pas toujours une inflammation gastro - intestinale ; et chez beaucoup de malades ce symptôme dépend fréquemment de ce qu'ils tiennent la bouche ouverte pendant le sommeil.

XII.

La rougeur de la langue, les petits points rouges dont quelquefois sa pointe est parsemée, ainsi que la diminution, ou même l'augmentation de volume de cet organe, joints à sa secheresse, sont des signes assez positifs de la gastrite aiguë.

XIII.

L'extrême fétidité des crachats n'est pas toujours un signe de la gangrène du poumon, car on l'observe aussi quelquefois dans une simple bronchite, ou bien dans certains cas de phthisie compliquée d'épanchement avec fistule pulmonaire.

XIV.

Les escharres qui surviennent ordinairement chez les malades affectés de fièvre typhoïde sont quelquefois la cause de leur mort, et

celle-ci survient dans une période où la langue est redevenue humide, où le pouls a beaucoup perdu de sa fréquence, où l'intelligence est revenue. La mort a lieu principalement quand les escharres ont une très-grande étendue, et alors elle peut être produite de deux manières : 1°. par l'abondance de la suppuration ; 2°. par la résorption du pus. Il faut donc surveiller avec le plus grand soin ces malades, et leur faire changer le plus souvent possible de position.

XV.

Les fièvres typhoïdes compliquées de l'inflammation des bronches sont bien plus graves et plus longues que celles qui existent sans cette complication.

XVI.

Dans les fièvres typhoïdes, ce n'est qu'avec la plus grande réserve que l'on doit employer les toniques; ils ne sont guère convenables que quand les malades paraissent être dans un très-grand état de faiblesse. On doit les administrer plutôt en lavement que par la bouche.

XVII.

Lorsque, chez des individus qui depuis quelque temps sont affectés d'une petite toux sèche plus ou moins fréquente, se manifestent de temps en temps des accès irréguliers de fièvre intermittente, quelques coliques et de la diarrhée, il est fort probable que ces symptômes sont dus au développement de tubercules pulmonaires.

XVIII.

Lorsqu'une diarrhée légère survient pendant le cours d'un érysipèle de la tête, elle est d'un bon prognostic; et même, si le malade est affecté de constipation, il est convenable de combattre celle-ci,

et de favoriser la diarrhée par quelques faibles doses de calomel ; mais si les évacuations deviennent trop abondantes, si la langue se sèche, si enfin tout annonce une irritation un peu trop forte des intestins, il faut se hâter d'y porter remède.

XIX.

Dans le traitement de l'érysipèle les saignées générales sont préférables aux saignées locales. Souvent ces dernières augmentent plutôt la maladie qu'elles ne la diminuent ; et même il n'est pas rare de voir, surtout dans le printemps, saison dans laquelle les variations atmosphériques sont si brusques et si fréquentes ; il n'est point rare, dis-je, de voir une application de sangsues faite pour une cause quelconque être la cause occasionelle d'un érysipèle qui se développe autour des piqûres, et s'étend à une plus ou moins grande étendue de la surface du corps. Il est même certains individus dont la peau est d'une si grande susceptibilité, qu'il ne peut leur être appliqué des sangsues sans qu'un érysipèle ne survienne autour des piqûres.

XX.

Les inflammations des membranes sont bien plus longues à guérir (toutes circonstances égales d'ailleurs) que celles des parenchymes ; elles ont un caractère moins franc, et pendant la convalescence les malades sont exposés à des rechutes plus fréquentes que dans celle des phlegmasies parenchymateuses.

XXI.

Les symptômes si variés et si graves qui se manifestent dans les fièvres typhoïdes ne dépendent pas seulement de l'altération des follicules muqueux et des plaques de *Peyer ;* c'est le système nerveux qui joue le principal rôle dans cette maladie, quoique cependant

les lésions anatomiques de ce système soient bien peu apparentes dans les affections de cette espèce.

XXII.

On parvient souvent à arrêter la marche de l'érysipèle ambulant en plaçant sur sa limite une bandelette d'emplâtre vésicatoire, qu'on enlève au bout de douze heures. On panse la surface dénudée avec du cérat simple.

XXIII.

Dans le traitement de la pleurésie aiguë l'on ne doit jamais employer le vésicatoire sur le côté que quand l'irritation est modérée et que la maladie tend à prendre la forme chronique ; il n'est bien utile que dans ce cas, autrement il est plus nuisible qu'avantageux. En général, dans les affections aiguës il ne faut pas stimuler trop vivement la peau ; ainsi les cataplasmes de farine de graine de lin un peu chauds, et dont on enveloppe les pieds d'une manière permanente, sont préférables aux sinapismes, dont l'action est trop vive.

XXIV.

Contre la pleurésie chronique on emploie souvent avec succès les vésicatoires sur le côté malade ; mais il arrive aussi quelquefois que ce moyen n'est pas assez énergique, et alors on le remplace avec avantage par trois ou quatre larges cautères faits avec la potasse, ou par le séton. Lorsque, malgré cela, l'épanchement persiste, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'opération de l'empyème, car le succès de celle-ci dépend en grande partie de l'époque à laquelle on la pratique. On n'y aura recours qu'autant que le malade aura une bonne constitution, et qu'avant sa maladie il n'aura présenté aucuns signes de tubercules ; autrement, il ne faut point opérer, car l'on causerait d'inutiles souffrances aux malades, l'on abrégerait ses jours, et l'on compromettrait l'opération.

XXV.

La plupart des vieillards, surtout ceux de la classe pauvre, qui sont depuis long-temps affectés de catarrhe pulmonaire, finissent presque toujours par une pneumonie ou une pleuro-pneumonie, et ces affections sont d'autant plus graves que les individus qu'elles attaquent ont très-souvent aussi une maladie organique du cœur.

XXVI.

Lorsque l'inflammation s'étend à une grande étendue des bronches, la gravité de cette affection (toutes circonstances égales d'ailleurs) égale au moins celle de la pneumonie; elle imprime à la physionomie un air de stupeur en quelque sorte analogue à celui que l'on remarque dans les fièvres graves : le malade est dans un état extrême d'abattement, mais l'intelligence est intacte; le pouls est très-fréquent, mais il n'est pas développé comme il l'est ordinairement dans la pneumonie : cette fréquence du pouls se conserve pendant fort long-temps, lorsque déjà les malades sont hors de tout danger. Contre ces bronchites la saignée générale réussit moins bien que contre la pneumonie, et les sangsues appliquées en plus ou moins grand nombre aux régions sous-claviculaires produisent quelquefois de bons résultats.

Ire. OBSERVATION.

Une jeune négresse, âgée de quinze ans, toussant depuis quelques jours, et ayant des coliques et de la diarrhée, entra le 22 décembre 1829 à l'hôpital Cochin : quelques applications de sangsues sur l'abdomen, des cataplasmes émolliens, etc., etc., calmèrent promptement ces symptômes d'irritation gastro-intestinale; mais la bronchite, qui jusqu'alors avait été dans un état à peu près stationnaire, augmenta.

Le 8 janvier, toux fréquente, expectoration nulle, car la malade avale ses crachats; sonoréité de la poitrine, respiration difficile, s'entendant cependant assez bien, cessant par moment en quelques points, pour revenir un instant après; râle sibilant; pouls très-fréquent, donnant de 136 à 140 pulsations par minute; langue blanchâtre, humide; peau chaude et sèche, physionomie sans expression, abattement général. (Six sangsues sous chaque clavicule, emplâtre de poix de Bourgogne entre les épaules, gomme, looch; diète.)

Le 9, pouls moins accéléré, toux moins fréquente, respiration plus facile.

Le 11, pouls encore moins fréquent, mais oppression toujours gênante; quelques douleurs dans les régions sous-claviculaires. (Dix sangsues sous chaque clavicule.)

Jusqu'au 21 janvier, le mieux n'a fait que des progrès lents; cependant à cette époque la malade dit qu'elle se sent soulagée. Effectivement, physionomie moins abattue, un peu plus de lenteur dans le pouls, très-peu de râle sibilant, respiration plus facile.

Le 24, le mieux persiste, l'appétit renaît, le pouls s'est encore ralenti, peau moins chaude et moins sèche; enfin guérison complète dans les premiers jours de février.

II^e. OBSERVATION.

Une femme, âgée de vingt-neuf ans, blanchisseuse, bien constituée, toussait depuis quelques jours, et avait de la fièvre lorsqu'elle entra, le 11 juin, à l'hôpital. On observa alors les symptômes suivans:

Toux fréquente, expectoration muqueuse peu abondante, dyspnée, fréquence du pouls sans grand développement, face très-colorée; agitation de la malade, qui se plaint d'étouffer; physionomie exprimant la stupeur, cependant intelligence intacte; poitrine sonore dans tous les points, bruit respiratoire faible, râle sibilant. (Une saignée de trois palettes, gomme, looch.)

Le 12, oppression toujours très-grande, pouls toujours fréquent

et à peu près de la même force qu'hier. (Deuxième saignée de deux palettes.)

Le 13, peu d'amendement dans les symptômes. (Troisième saignée.)

Le 14, augmentation des symptômes. (Douze sangsues sous chaque clavicule.)

Le 15, un vésicatoire sur chaque côté de la poitrine.

Le 16, point de soulagement, affaiblissement progressif, expectoration très-difficile : l'absence des signes d'irritation gastro-intestinale engage à prescrire un looch kermétisé.

Le 17, l'état de la malade ne donne que peu d'espérance. (Un vécatoire à chaque cuisse.)

Mort dans la nuit du 17 au 18.

Autopsie. Les bronches et ramifications bronchiques des deux poumons contiennent, et notamment ces dernières, une mucosité purulente abondante ; leur face interne est très-rouge ; le parenchyme pulmonaire n'est point enflammé; il surnage très-bien quand on le met dans l'eau. Les autres organes ne présentent rien de particulier.

III^e^. OBSERVATION.

Une couturière, âgée de trente-huit ans, d'une forte complexion, était enrhumée depuis dix jours, et avait de la fièvre, lorsque, le 24 juin, elle entra à l'hôpital Cochin. Elle présenta les symptômes suivans :

Toux fréquente, expectoration muqueuse, respiration gênée; fréquence très-grande du pouls, qui n'est pas développé relativement à la force de l'individu ; face rouge, air étonné, langue peu humide, poitrine sonore, bruit respiratoire peu marqué. (Une saignée de trois palettes, mauve sp., gomm, looch.)

Le 26 juin, mêmes symptômes. (Deuxième saignée de deux palettes.)

Le 27, pas d'amélioration notable. (Douze sangsues sous chaque clavicule.)

Le 28, respiration un peu moins gênée, expectoration plus facile; quoique fort absorbée, la malade répond juste aux questions qu'on lui adresse, et dit qu'elle se trouve un peu mieux.

Le 30, une légère douleur se manifeste dans le côté droit de la poitrine; cependant l'auscultation ne fait découvrir aucun signe de pneumonie ni de pleurésie. (Un vésicatoire sur le côté.)

Le 3 juillet, pouls moins fréquent, expectoration abondante, toujours abattement considérable.

Le 6, amélioration marquée, oppression moins forte.

Le 13, le mieux continue, visage plus naturel, toux beaucoup moins fatigante, ralentissement du pouls peu marqué.

Le 25 juillet, la malade est sortie bien guérie, le rythme du pouls était revenu à l'état normal.

PROPOSITIONS DE CHIRURGIE.

I.

Dans le traitement des entorses, même les plus légères, il faut se garder d'user de suite de la compression; ce moyen, employé prématurément, pourrait donner lieu à une inflammation plus ou moins violente de l'articulation, et par suite à des accidens consécutifs qui finiraient peut-être par nécessiter l'ablation de la partie malade. Il faut donc d'abord faire usage des antiphlogistiques avec plus ou moins d'énergie, suivant la gravité de la lésion et la force de la constitution de l'individu; appliquer des sangsues en grand nombre autour de l'articulation malade, et même, s'il y a lieu, faire précéder leur application de la saignée générale. Lorsque l'inflammation a entièrement disparu, une compression méthodique exercée autour de l'articulation malade est fort avantageuse.

II.

La compression combinée avec des applications de sangsues convenablement faites a guéri, dans certains cas, des tumeurs dont la nature cancéreuse était évidente. Le traitement est quelquefois très-long; mais il ne faut pas se décourager, car ce n'est quelquefois qu'après plusieurs récidives de la maladie qu'on finit enfin par obtenir une guérison complète.

III.

Dans les phlegmons des membres, outre la saignée générale, on doit faire autour des parties enflammées des applications de sangsues

en plus ou moins grand nombre, l'on parvient quelquefois de cette manière à détruire l'inflammation. Si l'on n'applique qu'une petite quantité de sangsues, celle-ci ne fait qu'augmenter. Dans le premier cas, l'on ne parvient pas toujours à prévenir la suppuration, mais au moins elle s'étend à une moins grande étendue. Dès qu'on en a reconnu l'existence, il ne faut pas hésiter à pratiquer des incisions en aussi grand nombre qu'on le jugera convenable, afin de favoriser l'écoulement du pus, prévenir son séjour et les énormes décollemens de peau qui peuvent en être la suite. Lorsque les foyers sont taris, et que le membre n'est plus que le siége d'un engorgement indolent, on retire de très-bons effets de l'emploi d'un bandage compressif; et si quelques points indurés résistent malgré cela, on en détermine la résolution par des frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse.

IV.

Les abcès qui succèdent aux inflammations aiguës des mamelles doivent être ouverts promptement, et les ouvertures doivent être faites en aussi grand nombre qu'il est nécessaire; en agissant ainsi on allége beaucoup les douleurs, l'on prévient le séjour du pus, la formation des clapiers ; et en détruisant plus vite cette cause d'irritation, on sauve bien des mamelles de l'induration squirrheuse.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

II.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet : quæ verò brevi, celeriter. *Ibid.*, *aph.* 7.

III.

Ubi cibus præter naturam copiosor ingressus fuerit, id morbum facit. Ostendit autem sanatio. *Ibid.*, *aph.* 17.

IV.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

V.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Sect.* 4, *aph.* 31.

VI.

In morbis minùs periclitantur ii quorum naturæ, et ætati, et habitui, et tempori magis similis fuerit morbus, quàm ii quibus horum nulli fuerit similis. *Sect.* 2, *aph.* 34.